

Una continuità che crea appropriatezza

di Nedo Mennuti *

L'invecchiamento della popolazione e le nuove frontiere della medicina hanno indubbiamente portato al prolungamento e a una migliore qualità della vita, ma anche, in molti casi, a una guarigione accompagnata da esiti funzionali causa di perdita della autosufficienza e, conseguentemente, della possibilità di tornare rapidamente al domicilio per la fase di convalescenza. Contemporaneamente lo sviluppo tecnologico dell'ospedale, con conseguente aumento dei costi, ha imposto un più rapido turnover e un percorso di cura sempre meno "completo".

Nel contempo si è modificata la struttura della famiglia: sempre più anziani vivono soli o con coniuge anch'esso anziano e disabile o con figli non disponibili a far fronte alle esigenze poste dallo stato di malattia o dalla disabilità residua. Siamo sempre meno propensi, e in molti casi sempre più impossibilitati, ad accettare e gestire al proprio domicilio, anche con il supporto medico e dell'assistenza domiciliare infermieristica e sociale, le conseguenze funzionali o le necessità di cura imposte dalla malattia. In assenza di strutture e servizi capaci di offrire livelli di cura diversificati, ma continui, tra domicilio e ospedale la domanda si riversa in modo non appropriato sul pronto soccorso e sul-

CONTINUA A PAG. 2

MODELLI

Via libera della Giunta ai progetti di "assistenza ponte" nel territorio

Cure intermedie allo starter

Primi obiettivi: le dimissioni precoci e i trattamenti a bassa intensità

La riduzione del numero dei posti letto negli ospedali è un trend già in atto da tempo e il recente decreto Balduzzi prevede come standard 3,7 posti letto ogni 1.000 abitanti. In Toscana siamo sotto tale standard ma dall'altro lato l'assistenza ambulatoriale e domiciliare organizza risposte appropriate anche se "in sofferenza" a causa del carico di lavoro.

Per questo la necessità attuale è quella di creare una zona intermedia (area grigia) tra queste due realtà, capace da una parte di farsi carico dei dimessi dall'ospedale per intensità di cura e dall'altra di intercettare i casi che in maniera poco appropriata potrebbero fare ingresso proprio in ospedale o restarvi più del necessario.

Con queste intenzioni la Regione Toscana ha recepito il parere n. 69/2013 del Consiglio sanitario regionale toscano e, attraverso un gruppo di lavoro comprensivo di tutte le professionalità degli addetti al settore, ha messo a punto un documento recepito con Delibera n. 431 del 3 giugno 2013, in cui si dà una definizione piuttosto ampia di cure intermedie, ovvero come quell'insieme dei servizi che non richiedono le risorse di un ospedale per acuti ma hanno finalità più complesse di quelle offerte dalle cure primarie.

Gli obiettivi di questa manovra sono essenzialmente tre: facilitare la dimissione precoce e tempestiva, ovvero funzione sub-acuta in dimissione delle cure intermedie; evitare i ricoveri non necessari e quindi inappropriati, ovvero funzione sub-acuta in ingresso delle cure intermedie; ridurre l'utilizzo evitabile della lungodegenza e della istituzionalizzazione (riducendo le sindromi da immobilizzazione, il disorientamento dell'anziano fino alla demenza ecc.). Per rispondere a questi nuovi bisogni di salute dei cittadini e adeguare di conseguenza i servizi e le strutture, la Regione ha messo a punto una sperimentazione attraverso le Aziende sanitarie locali.



FOCUS INFRASTRUTTURE

Strade sicure, 5 milioni dalla Regione

Dati Ars: incidenti in calo del 9% grazie agli investimenti sulla prevenzione

La Regione Toscana metterà a disposizione di Comuni e Province 5 milioni di euro per cofinanziare opere di sicurezza stradale. I dati recentemente presentati dall'Agenzia regionale di Sanità - fanno sapere dalla Regione - parlano di un calo del 9% del numero complessivo degli incidenti e di una diminuzione del 40% di quelli mortali, confermando che si sta procedendo nella giusta direzione, sottolineando che non dobbiamo abbassare la guardia portando avanti azioni concrete di investimento e di prevenzione per rendere più sicure le strade della Toscana. Gli interventi possibili andranno dal costruire marciapiedi, migliorare la segnaletica e l'illuminazione, stendere asfalto drenante, creare rotonde o posizionare rallentatori per il traffico. Tra le novità del bando è la previsione di specifiche risorse riservate all'individuazione di progetti sperimentali per limitare gli incidenti causati dalla presenza sulle carreggiate di animali selvatici di grossa taglia.

In un momento difficile per le risorse degli enti locali, la Toscana conferma la sua scelta di investire nel miglioramento della rete infrastrutturale e in particolare nella promozione della sicurezza e da anni la Regione sostiene gli enti locali con bandi mirati alla diminuzione del numero degli incidenti. Quest'anno lo fa anche aumentando la quota di finanziamento regionale per i singoli interventi.

Al fine di poter rispondere a due diversi profili di utenza saranno attivati progetti pilota interessanti strutture diverse. Il primo sono i moduli di degenza a bassa intensità di cure subacute, previsti in via preferenziale negli ospedali di piccole dimensioni, o in specifiche aree degli ospedali di maggiori dimensioni o case di cura convenzionate.

Saranno volti a pazienti che possono essere dimessi dal reparto per acuti, il cui bisogno sanitario è quello di mantenere e completare la stabilizzazione clinica raggiunta nel corso del ricovero acuto, e che presentano ancora una necessità di tutela medica prolungata e di assistenza infermieristica continuativa nelle 24 ore.

L'altro progetto pilota sono le strutture extraospedaliere di continuità assistenziale per la sub acuzie, a valenza sanitaria (Cure intermedie). Saranno rivolte sia a pazienti in condizioni cliniche a minore complessità non ancora in grado di tornare al proprio domicilio, sia a soggetti di provenienza territoriale che in questo modo possono evitare l'ospedalizzazione.

Le necessità sono prevalentemente di assistenza infermieristica ma deve essere assicurata la valutazione medica quotidiana in relazione alla situazione clinica.

La responsabilità clinica è del Medico di medicina generale al quale spettano le decisioni riguardo all'inquadramento diagnostico e terapeutico in raccordo con l'Aggregazione funzionale territoriale (Aft). Il paziente rimane in carico al Medico già titolare della scelta, che coordinerà l'intero piano assistenziale e sarà seguito anche dai medici in rapporto orario Aft. La durata della degenza di norma non deve superare i 15 giorni.

Piero Salvadori
Dirigente Settore
Servizi alla Persona nel Territorio
Regione Toscana

DELIBERA A PAG. 4-5

CONTROCANTO

E ai medici tocca completare l'opera

di Antonio Panti *

Esistono diverse definizioni di "cure intermedie" e vi sono molteplici attuazioni nelle Aziende sanitarie locali toscane e in altre Regioni italiane. C'è un po' di confusione su quest'idea, che non è concettualmente nuova, ma che rivela molte difficoltà applicative. Sono lontani i tempi quando al paziente si diceva che doveva eseguire una

radiografia e che questa era fissata dopo 7 giorni e, in questi 7 giorni il paziente gironzolava annoiato per le corsie.

Oggi i ricoveri debbono essere sempre più brevi e l'imperativo è di dimettere il paziente non appena abbia raggiunto un minimo di equilibrio fisiologico.

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

Esenzioni prorogate a fine anno

La giunta regionale ha deciso di far proseguire fino al 31 dicembre le misure straordinarie e temporanee di sostegno ai lavoratori colpiti dalla crisi economica, confermando l'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria. Saranno validi gli attestati con codice E90, E91, E92 in scadenza al 30 aprile. Stabilita l'esenzione per la specialistica ambulatoriale e l'assistenza farmaceutica, per i minori temporaneamente in carico ai servizi sociali, ovvero minori accolti nelle strutture socio-educative e nelle case famiglia e i minori stranieri non accompagnati. (Delibera n. 316 del 29/04/2013)

Recepito l'Accordo sull'e-learning

La giunta recepisce, per quanto di competenza, l'Accordo Stato-Regioni e Province autonome n. 221 del 21 dicembre 2011 "Accordo tra il ministro del Lavoro e delle Politiche sociali, il ministro della Salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano per la formazione dei lavoratori ai sensi dell'articolo 37, comma 2, del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81" e approva gli indirizzi e i criteri per l'approvazione di progetti sperimentali che prevedano l'utilizzo delle modalità di apprendimento e-learning anche per la formazione specifica dei lavoratori e dei preposti. (Delibera n. 324 del 06/05/2013)

ALL'INTERNO

Viareggio: Ps al restyling

A PAG. 3

Crisi: la mappa dei bisogni

A PAG. 6

Prato contro il tabagismo

A PAG. 7

MEDICINA

Istituito nella Aou il centro per la diagnosi e la cura della sindrome rara



Il Meyer studia «Ondine»

Gestione clinica e follow-up dei piccoli pazienti anche a domicilio

L'Azienda ospedaliero-universitaria Meyer ha istituito il Centro per la diagnosi e la cura della Sindrome da ipoventilazione centrale congenita (Congenital central hypoventilation syndrome-Cchs), conosciuta anche come Sindrome di Ondine, che colpisce un bambino ogni 200.000 nati. Quella realizzata a Firenze è la prima struttura italiana dedicata alla Cchs e fa parte di un network europeo (Cchs Consortium) che comprende alcuni dei principali ospedali pediatrici in Europa. Il Consortium porta avanti un importante lavoro di interscambio culturale che si è tradotto nella creazione di un data base europeo, nell'allestimento delle linee guida europee per la Cchs e in importanti progetti di ricerca.

La sindrome di Ondine è caratte-

zzata dalla compromissione del sistema nervoso autonomo e in particolare dei meccanismi di controllo automatico del respiro. È una malattia su base genetica e il difetto, nel 90% dei casi, è rappresentato dalla mutazione eterozigote del gene PHOX-2B. I pazienti che ne sono affetti manifestano l'incapacità di respirare autonomamente durante il sonno, per cui devono essere assistiti tramite dispositivi di ventilazione. In circa il 20% di casi la sindrome si presenta in forma più grave in quanto i pazienti presentano ipoventilazione anche durante la veglia (ipoventilazione globale). In questi casi si ricorre alla ventilazione meccanica anche al di fuori delle ore di sonno. Il supporto respiratorio può essere fornito tramite ventilatori meccanici (per via tracheostomica o tramite maschera facciale)

oppure tramite pacemakers diaframmatici, impiantati chirurgicamente.

Di fatto, questi pazienti sono dipendenti dalla ventilazione meccanica, ma l'aspetto respiratorio, per quanto eclatante, non è l'unica espressione della patologia, in quanto alla Cchs si possono associare anomalie complesse del sistema nervoso autonomo e/o patologie quali la malattia di Hirschsprung e il neuroblastoma. I pazienti affetti attualmente censiti in Italia sono una settantina, di cui sette sono residenti in Toscana.

Il centro per la Cchs fa parte del Dipartimento Feto-Neonatale di cui è responsabile Gianpaolo Donzelli, ed è diretto da Raffaele Piumelli coadiuvato da Niccolò Nassi. La struttura completa un percorso ideale che partendo dall'istituzione del Centro regionale di riferimento per lo studio e la prevenzione della Sids, si è negli anni progressivamente ampliato con la presa in carico delle problematiche relative alle varie pa-

tologie respiratorie nel sonno fino a culminare nel Centro per la Cchs, patologia che rappresenta la forma più estrema di alterazione del controllo respiratorio nel sonno. La grande complessità assistenziale richiesta dalla Cchs rende indispensabile il coinvolgimento di numerose professionalità che possono essere garantite solo in strutture ospedaliere ad alta specialità.

Il Centro Cchs dell'Aou Meyer, grazie alla sua organizzazione multidisciplinare, si propone di diagnosticare questa rara sindrome e di programmare e coordinare la gestione clinica e il follow-up di questi pazienti. Il Centro si avvale infatti della consulenza di due specialisti esterni, Johannes Schoeber e Giancarlo Ottonello, per le problematiche relative al pacing diaframmatico e alla ventilazione non invasiva e

della collaborazione della Sod di Pneumologia e Fisiopatologia respiratoria dell'Aou Careggi per i pazienti adulti (ambulatorio di transizione).

Ma del gruppo multidisciplinare fanno parte diverse Unità operative: Chirurgia maxillo-facciale; Ortodonzia; Rianimazione pediatrica e Broncoscopia, il Servizio di Broncopneumologia; Neurologia pediatrica; Neurochirurgia; Gastroenterologia; Oncematologia; Terapia intensiva neonatale; Psicologia pediatrica; Oculistica; Chirurgia pediatrica; Fisioterapia respiratoria. A garanzia della continuità assistenziale è previsto il coinvolgimento dei pediatri di famiglia e l'attivazione dei percorsi di assistenza domiciliare pediatrica.

Roberta Rezoalli

Ufficio stampa Aou Meyer Firenze

La struttura è parte del network europeo Cchs

Al lavoro un gruppo multidisciplinare e due consulenti

ASSEGNATO IL PREMIO SERGIO FERRERO

Emodinamica d'eccellenza al San Giovanni di Dio

Emiliano Chisci, 35enne chirurgo vascolare all'Ospedale San Giovanni di Dio di Firenze, è il vincitore del premio "Sergio Ferrero" istituito dal Collegio italiano dei primari ospedalieri di chirurgia vascolare, con lo scopo di favorire la conoscenza e il progresso di questa disciplina. Un riconoscimento e una gratificazione per tutto il gruppo che opera a Torregalli e che gli è stato assegnato per uno studio emodinamico pre e post operatorio di aneurismi toraco-addominali dopo trattamento endovascolare con endoprotesi "branched custom-made": implicazioni diagnostiche, planning e trattamento.

«Il nostro studio su aneurismi e valutazione del rischio di rottura - racconta Chisci - è iniziato nel 2011 grazie a una collaborazione no profit tra l'Asl 10 di Firenze e il fisico Neri Alamanni. Nel corso dello studio i ricercatori sono aumentati includendo anche il Politecnico di Milano e l'Università della Tuscia. La prima parte dello studio è stata volta a valutare se era possibile predire, sulla base di diversi fattori qua-

li il diametro dell'aneurisma le comorbilità del paziente e parametri emodinamici, il rischio di rottura di un aneurisma nel singolo paziente. Infatti, a oggi, anche piccoli aneurismi che non raggiungono ancora la soglia di 5,5 cm possono andare incontro a rottura. I risultati preliminari dello studio su 150 pazienti sono incoraggianti: è possibile in seguito a un'indagine angio-TC eseguire una valutazione fluidodinamica e ottenere poi un punteggio (score) di rischio di rottura. Le possibili implicazioni sono innumerevoli: dare un rischio oggettivo di rottura, modulare l'eventuale follow-up se non necessario l'intervento, anticipare il trattamento in pazienti anche con aneurismi piccoli quando il rischio di rottura annuo supera il rischio operatorio, non trattare aneurismi anche di grandi dimensioni se il rischio di rottura è inferiore al rischio operatorio (per gravi comorbilità), ridurre, infine, i costi altissimi correlati al trattamento di aneurismi rotti. Inoltre, un progetto futu-

ro sarà quello di valutare se l'analisi fluidodinamica possa essere eseguita anche sulla base di immagini derivate dall'ecocolordoppler che, rispetto all'angio-Tc, è meno costoso, non invasivo e più sicuro».

La seconda fase del progetto di ricerca, già in atto e oggetto dello studio che ha vinto il Premio Ferrero, consiste nell'applicazione dell'analisi fluidodinamica in pazienti sottoposti a trattamento chirurgico dell'aneurisma aortico. In particolare lo studio è rivolto alla metodica meno invasiva ovvero quella endovascolare che consiste nell'esclusione, mediante il posizionamento di endoprotesi, della sacca aneurismatica cosicché il flusso del sangue passa attraverso la protesi e non rifornisce più l'aneurisma. L'intervento viene eseguito sotto controllo radiologico con utilizzo di mezzo di contrasto. «Questo trattamento - spiega Chisci - necessita, rispetto agli altri, di un controllo post-operatorio intenso con ecocolordoppler e/o angio-Tc per valutare il compor-

tamento dell'endoprotesi all'interno della sacca aneurismatica. È importante che il paziente esegua questi controlli per prevenire l'insorgenza di complicanze (del 5-10% dopo alcuni anni dall'intervento) che, se prese in tempo, sono più facilmente risolvibili. Grazie all'utilizzo della fluidodinamica è possibile scegliere il tipo di protesi più adeguata al paziente per eseguire un intervento migliore e prevenire eventuali complicanze e quindi ridurre il tasso di reinterventi e i costi a essi correlati. Inoltre valuteremo se alla cura endovascolare (esclusione della sacca) di un aneurisma aortico possa anche essere associata una cura emodinamica comportando un plausibile miglior follow-up del paziente.

Molte complicanze post-endoprotesi sono da attribuire alle forze studiate con la fluidodinamica che permangono anche dopo l'impianto. Pertanto lo studio emodinamico e le possibili correzioni del planning poi introdotte nella procedura

possono modificare positivamente le forze emodinamiche in gioco e potenzialmente prevenire alcune complicanze post-impianto. Le possibili implicazioni sono innumerevoli: guidare la terapia chirurgica, migliorando il planning operatorio, personalizzare il tipo di trattamento endovascolare, aiutare l'industria nello sviluppo di endoprotesi che migliorino l'emodinamica dopo l'impianto, guidare il follow-up cercando di predire eventuali complicanze, ridurre il tasso di complicanze e conseguenti reinterventi, ottimizzare la spesa sanitaria. Citando un aforisma di Abraham Lincoln, «se ho tre ore per abbattere un albero userò la prima per affilare l'ascia». Probabilmente la fluidodinamica potrà servire ad affinare il trattamento che offriremo ai nostri pazienti; ci sarà bisogno di uno studio più approfondito per il planning operatorio ma, in fondo, quello che conta è il risultato finale che pensiamo potrà essere più efficace».

Isabella Frati

Ufficio comunicazione Asl 10 Firenze

► **CONTROCANTO** (segue dalla prima pagina)

Insomma si vuol rinviare nel territorio una sorta di prodotto semilavorato e spetta alle strutture distrettuali e al medico di famiglia completare l'opera. Esistono molteplici condizioni in cui questo è possibile, purché il paziente stia in ambiente protetto, sotto osservazione infermieristica continua, disponendo sempre del medico e di un minimo di strumenti che consentano la certezza della stabilità clinica. È necessario infine uno stringente rapporto con l'ospedale per accogliere ogni eventuale peggioramento clinico.

Così nascono le cure intermedie, che non sono più ospedale ma neanche domicilio, di cui la recente delibera della Regione Toscana tenta di disegnare tutto il processo non solo in dimissione ma anche

in ammissione.

Questi pazienti debbono trascorrere in un ambiente vivibile, protetto e sicuro la parte finale della guarigione o quella propeudeutica all'ingresso in corsia. Non è facile, e quali sono le criticità? Intanto la commistione tra problematiche sanitarie e sociali col rischio di trasformare le cure intermedie in residenzialità più brevi. Poi il difficile confine con la lungodegenza e la low care, particolarmente nel settore riabilitativo. Ancora l'aleatorietà dei criteri clinici, che possono rilevarsi fallaci. Infine, come risolvere i problemi contrattuali del personale ospedaliero per garantire l'assistenza specialistica, specialmente se quotidiana?

Resta un'ultima questione: in quali strutture collocare i letti di

cure intermedie che debbono avere un accreditamento dato che i pazienti sono affidati al proprio medico di famiglia?

Le moderne Aft fruiranno di medici generali a rapporto orario e su questi cadrà il massimo peso dell'assistenza nelle cure intermedie. Ma se si dedicherà a queste un unico ambiente in tutta la Asl, come potranno i medici di famiglia garantire la presenza quotidiana e le urgenze? I problemi sono molti ma la volontà politica, la disponibilità dei professionisti e un minimo di investimenti renderanno fruibili ai cittadini questa nuova possibilità.

* Vice-presidente del Consiglio sanitario regionale della Toscana

► **Una continuità che...** (segue dalla prima pagina)

l'ospedale per acuti. Occorre per questo pensare a una rete di strutture/servizi, in grado di contribuire alla dimissione dall'ospedale per acuti in tempi appropriati, di prevenire inutili ammissioni in reparti ospedalieri, di promuovere un più rapido recupero dalle malattie, di migliorare il recupero della capacità di vivere in modo indipendente, di supportare, o sostituire quando non è in grado, la famiglia nei bisogni assistenziali. Una rete della continuità.

La vocazione di tutte queste strutture/servizi è quella di contrastare la disabilità e la sua evoluzione, di intercettare il bisogno assistenziale in modo appropriato, prevenendo il ricovero o favorendo la dimissione dall'ospedale per acuti, stabilizzando le condizioni cliniche in modo da prevenire un ricovero in reparto

per acuti, recuperando/attivando la capacità funzionale residua, ma anche quella di migliorare la qualità di vita dell'assistito e dei caregiver. Sono nodi della rete della continuità ospedale/territorio, elencati in ordine decrescente di bisogno sanitario, l'ospedale di continuità, le strutture di riabilitazione ospedaliera ed extraospedaliera, l'ospedale di comunità, i reparti di lungodegenza, l'hospice, le strutture di cure intermedie, i moduli per stati vegetativi in Rsa, i moduli riabilitativi in Rsa (residenziali e diurni), i nuclei Alzheimer/Disturbi cognitivo-comportamentali (residenziali e diurni), i posti di sollievo o post ricovero in Rsa, l'Assistenza domiciliare integrata.

* Direttore Rete territoriale Asl 11 Empoli

SSR AI RAGGI X L'Asl 12 di Viareggio ha avviato il progetto all'Ospedale Versilia

Pronto soccorso al restyling



Codici bianchi e verdi gestiti dal 118 - Dai reparti tempi di risposta certi

L'azienda sanitaria locale 12 di Viareggio ha elaborato un progetto di riorganizzazione delle attività di pronto soccorso dell'Ospedale Versilia, che coinvolge ospedale e territorio, al fine di ridurre i tempi di attesa dei pazienti che devono essere ricoverati e di coloro che a fine prestazione possono rientrare nelle loro dimore abituali.

Impegnati nella riuscita del progetto, ognuno per la parte di competenza, il personale afferente al pronto soccorso, alla centrale operativa del 118, alle strutture di degenza e dei servizi oltre alle strutture territoriali aziendali e convenzionate per le azioni di competenza.

In tutti gli ospedali il pronto soccorso rappresenta il settore a maggiore criticità e imprevedibilità caratterizzato da periodi di elevatissima affluenza di pazienti che comportano la messa in opera di un riassetto organizzativo diverso per evitare lunghe attese che si alternano a periodi di relativa calma, conseguentemente trovare il giusto equilibrio nell'erogazione delle prestazioni non è di facile risoluzione. È tuttavia doveroso sperimentare nuove soluzioni alternative, che consentano di ridurre tali disagi, soprattutto nei periodi di iper-afflusso.

A tale scopo, di recente, sono state studiate e sono in fase di attuazione nel pronto soccorso dell'Ospedale Versilia alcune azioni che, concretizzate in modo concomitante e coordinato dai vari profes-



sionisti coinvolti nelle differenti fasi di attuazione, possono contribuire a fare la differenza mantenendo nel contempo elevato il livello qualitativo delle prestazioni offerte ai pazienti che si rivolgono all'Ospedale Versilia.

La prima azione messa in atto riguarda la riorganizzazione delle attività garantite dagli ambulatori definiti a bassa priorità (in cui vengono gestiti i codici bianchi e azzurri) dove vengono indirizzati quei pazienti con patologia meno impegnativa che non necessitano di riso-

luzione immediata, ma differibile nel tempo. Gli ambulatori a bassa priorità passano da una gestione fatta dal pronto soccorso a una gestione garantita dal personale afferente alla centrale operativa 118. Tali ambulatori, aperti dalle ore 8 alle ore 20 di tutti i giorni, potranno contare sulla presenza di un medico del 118 che verrà coadiuvato dal medico e dall'infermiera dell'auto medica (in stand by all'uscita dello stesso pronto soccorso) tranne che negli orari in cui questi ultimi sono fuori per rispondere a una emergenza territo-

riale. In questa specifica evenienza il medico del 118 che rimane a gestire i codici a bassa priorità potrà, laddove lo ritenesse opportuno, chiedere l'intervento di un infermiere del pronto soccorso.

Ma allo scopo di ridefinire i tempi di consulenza e di risposta alle varie prestazioni richieste dal pronto soccorso, tutti i direttori di Unità operative e servizi hanno discusso e comunicato i propri tempi di risposta a richieste provenienti dal pronto soccorso, con l'impegno a effettuare le consulenze in modo

tempestivo in caso di emergenza e in 30-60 minuti per i restanti casi. Anche le prestazioni laboratoristiche avranno priorità rispetto alle restanti richieste a partenza dai reparti, con tempi di risposta che sommati ai tempi di arrivo delle provette saranno di poco superiori all'ora, fatte salve eventuali risposte a esami particolari che necessitano di tempi di processo maggiori. Anche le prestazioni radiologiche da evadere nel circuito della precedenza rispetto ad altre troveranno risposte altrettanto rapide.

A livello dei reparti, è stata concordata con i direttori di area e di unità operative di degenza (sia complesse che semplici) una riorganizzazione delle attività interne, che prevede la possibilità di fare le prime dimissioni la mattina a inizio turno, in modo tale da garantire la disponibilità di tre posti letto nell'area medica entro le ore 11 del mattino.

Tali posti saranno garantiti quotidianamente compresi il sabato e la domenica in due posti dalla medicina generale e dal lunedì al venerdì in un posto letto a rotazione tra le specialistiche afferenti all'area. La disponibilità di un posto letto alle ore 11 del mattino è stata chiesta e concordata anche con la Unità operativa complessa Cardiologia che cercherà di garantirlo anche il sabato.

pagina a cura di
Stefano Pasquucci
Ufficio stampa Asl 12 Viareggio

L'AIUTO DELL'INFORMATIZZAZIONE

On line i posti letto disponibili per i pazienti in attesa

Nella riorganizzazione complessiva si guarda con attenzione anche a come l'informatizzazione può aiutare in questo percorso. Infatti, per facilitare la corretta collocazione dei pazienti nel reparto più appropriato e avere una visibilità di posti letto sempre aggiornata, è stata predisposta informaticamente una schermata riassuntiva dei posti letto presenti all'interno dell'ospedale dalla quale si potranno avere informazioni dettagliate sul numero di posti letto presenti in ogni reparto con indicato - mediante ausilio di colori diversi -

se il posto letto è occupato, se è libero, se è disponibile a breve.

Per la corretta gestione dei posti letto effettivamente disponibili in tutto il presidio ospedaliero, viene individuato a livello del pronto soccorso un medico, identificabile nel medico di turno nella sezione di Medicina d'urgenza-Coordinamento attività di degenza e osservazione breve, deputato a raccogliere le necessità ricoverali in area internistica pro-

negli ambulatori del pronto soccorso.

Sarà questo medico, avendo sotto controllo sia la situazione dell'osservazione breve che le nuove necessità emergenti, ad avere tutti gli elementi necessari e puntali per stabilire le priorità con cui i pazienti in attesa di ricovero, dovranno essere avviati al reparto.

Sempre nell'ottica di ridurre i tempi di attesa dei pazienti e dare risposte anche di tipo sociale, come sovente succede al pronto soc-

corso, la direzione dell'azienda sanitaria viareggina ha previsto, nell'ambito degli accordi convenzionali con la casa di cura Barbantini, la possibilità di inviare pazienti direttamente nella casa di cura con una media di 5-6 pazienti al mese.

Stesso discorso è stato fatto anche per i medici di famiglia che hanno la possibilità anch'essi di ricoverare direttamente nella casa di cura.

Per potenziare e ampliare l'efficienza è stato previsto

anche uno sviluppo dell'attività di pronto soccorso negli orari di maggior affluenza dei pazienti, incrementando con un medico dedicato l'area emergenza, la cui presenza oraria verrà modulata in base alle necessità del periodo.

In aggiunta a ciò è possibile dalle ore 20 alle ore 08 dei giorni feriali e nei festivi (h24) l'attivazione di un altro medico in pronta disponibilità.

Infine, particolare attenzione è stata posta anche per

il periodo estivo, caratterizzato da molte presenze turistiche.

Anche quest'estate, similmente allo scorso anno, l'azienda sanitaria locale 12 di Viareggio ha deciso di attivare il servizio di assistenza ai turisti nel periodo che va dal 1° luglio al 31 agosto con l'apertura di due ambulatori dedicati, uno ubicato presso il presidio territoriale Tabarracci di Viareggio, aperto tutti i giorni dalle 16 alle 20, e l'altro ubicato presso la Confraternita Misericordia di Forte dei Marmi, aperto tutti i giorni dalle ore 18 alle ore 20.

L'IMPORTANZA DI UN TERRITORIO "FORTE"

Largo a nuove Case della salute e alla medicina d'iniziativa

L'organizzazione territoriale, in linea con gli indirizzi regionali che prevedono un riassetto dei presidi distrettuali attraverso la definizione di un "piano regolatore" aziendale, si sviluppa attraverso la promozione della presa in carico globale del cittadino sul territorio, con il modello assistenziale della "Casa della salute" e attraverso la valorizzazione del ruolo dei medici di medicina generale, come attori protagonisti della rete di assistenza.

La Casa della salute è una struttura polivalente con medici di medicina generale ed eventualmente

pediatri di famiglia, specialisti ambulatoriali, territoriali e ospedalieri, infermieri, personale amministrativo, assistenti sociali e volontariato. L'estensione dell'orario di apertura e la compresenza di più professionisti e di molteplici attività fa sì che la Casa della salute diventi un reale e importante punto di riferimento per i cittadini e favorisca la capacità di intercettare il bisogno di salute sul territorio, senza gravare e con minor ricorso al pronto soccorso: gli assistiti dei medici di medicina genera-

le che si trovano nelle attuali Case della salute hanno infatti un tasso di accesso al pronto soccorso inferiore a quello medio aziendale.

Al momento in Versilia ci sono quattro Case della salute, presso la Croce Bianca di Querceta, la sede distrettuale di Pietrasanta, il Tabarracci di Viareggio e il presidio Campana di Seravezza. Nel corso dell'anno saranno realizzate altre Case della salute presso la Croce Verde di Forte dei Marmi e a Torre Del Lago, ed entro fine 2014 anche a Massarosa.

Fondamentale sul territorio sarà però la "sanità d'iniziativa" - nuovo approccio che affronterà l'incremento delle patologie croniche, diabete, scompenso cardiaco, bronco-pneumopatia cronico-ostruttiva e ictus - che ha i punti di forza nella prevenzione e nella gestione pro-attiva (i pazienti presi in carico vengono richiamati a date prefissate) da parte di un team, costituito da medico di medicina generale, personale infermieristico e specialisti ospedalieri e ambulatoriali.

Questo innovativo modello assistenziale consente, tra l'altro, di prevenire e rallentare l'insorgenza delle complicanze e di ridurre il numero di episodi di riacutizzazioni che spesso si traducono in accessi al pronto soccorso.

Attualmente in Versilia oltre il 40 per cento dei medici di medicina generale ha aderito alla Sanità d'iniziativa ed è in programma una graduale estensione dei medici e conseguentemente di copertura della popolazione fino al 60 per cento nel corso dell'anno 2013 e fino all'80 per cento entro fine 2014.

DOCUMENTI

Il testo della delibera con gli indirizzi e i fondi per sviluppare l'assistenza a metà tra ospedale e domicilio



Cure intermedie, al via i progetti delle Asl

Sperimentati moduli di degenza a bassa intensità e strutture extraospedaliere di continuità assistenziale

IL TESTO DEL PROVVEDIMENTO

Pubblichiamo il testo della delibera n. 431/2013, approvazione dei «progetti delle aziende Usl della Toscana relativi allo sviluppo delle cure intermedie e assegnazione quota di finanziamento aggiuntiva».

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini", convertito con legge 7 agosto 2012, n. 135;

Vista la Legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 "Disciplina del Servizio sanitario regionale";

Vista la Legge regionale 27 dicembre 2012 n. 81 "Misure urgenti di razionalizzazione della spesa sanitaria. Modifiche alla Lr 51/2009, alla Lr 40/2005 e alla Lr 8/2006";

Visto il Programma regionale di sviluppo 2011-2015 adottato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 49 del 29 giugno 2011;

Visto il Documento di programmazione economica e finanziaria 2013, approvato dal Consiglio regionale con risoluzione n. 161 del 18 dicembre 2012, che pone tra gli obiettivi per l'Area tematica Diritti di cittadinanza e coesione sociale la riorganizzazione del sistema sanitario regionale, attraverso interventi mirati e una puntuale revisione dei modelli organizzativi e produttivi;

Visto il Piano sanitario regionale 2008-2010, approvato con deliberazione del Consiglio regionale n. 53 del 16 luglio 2008, ancora in vigore ai sensi del comma 1 dell'art. 133 della Lr 27 dicembre 2011 n. 66;

Vista la propria deliberazione n. 754 del 10 agosto 2012, che fornisce indirizzi alle aziende e agli enti del Ssr in relazione alle azioni immediatamente adottabili in attuazione del Dl 95/2012 e individua ulteriori

azioni di riordino dei servizi del Sistema sanitario regionale (Ssr);
Visto in particolare l'allegato B della Dgr 754/2012, che individua le aree dell'organizzazione sanitaria nelle quali avviare un articolato processo di innovazione, specificando per ogni area gli obiettivi da perseguire e le azioni coordinate;

Vista la propria delibera n. 1235 del 28 dicembre 2012 che fornisce indirizzi alle aziende sanitarie e alle Aree Vaste in relazione alle azioni di riordino del Ssr, di cui al citato allegato B della Dgr 754/2012;

Precisato che la citata delibera della Giunta regionale 1235/2012 impegna le aziende sanitarie e le Aree vaste, per quanto di competenza, a dare attuazione alle previste azioni di riordino attraverso protocolli attuativi da stipulare entro il 1° marzo 2013 con gli enti locali, le organizzazioni professionali e sindacali interessate e le Università, destinando a tal fine una somma complessiva pari a € 20.000.000,00;

Vista la propria delibera n. 47 del 29 gennaio 2013, che individua le azioni prioritarie a partire dalle quali le aziende sanitarie della Toscana devono avviare il processo di riordino dei servizi, precisando che le risorse rese disponibili dalla Dgr 1235/2012 devono considerarsi quale contributo alle aziende stesse per l'avvio e la realizzazione di tali azioni e definisce, nell'allegato A, i criteri di riparto e le modalità di erogazione delle suddette risorse, specificando le somme disponibili in relazione alle azioni prioritarie individuate;

Precisato che tra le suddette azioni prioritarie la Dgr 47/2013 indica lo sviluppo delle cure intermedie a partire dalla riconversione dei posti letto per acuti dimessi;
Vista la delibera della Giunta regionale n. 1002 del 10 ottobre 2005 che approva gli indirizzi per la sperimentazione di "Servizi per le cure intermedie" presso le Rsa (residenze sanitarie assistenziali) e le Case di cura convenzionate";

Preso atto del parere n. 34/2013 del Consiglio sanitario regionale sul documento "Sviluppo del sistema delle cure intermedie al fine dell'utilizzo corretto delle risorse ex Dgr 1235/2012";

Considerato che sul territorio regionale sono già in atto esperienze di cure intermedie con diverse modalità organizzative dovute alle specificità territoriali, che rappresentano una ricchezza del sistema;

Ritenuto comunque necessario fornire alle aziende Usl alcuni elementi di riferimento per la prosecuzione delle esperienze in corso e l'ulteriore sviluppo del sistema delle cure intermedie, anche in relazione all'obiettivo di cui alla citata Dgr 1235/2012;

Visto il documento "Indirizzi per lo sviluppo del Sistema delle cure intermedie", allegato A alla presente delibera, che rappresenta un quadro di riferimento in tale ambito;

Dato atto che con decreto dirigenziale n. 5702 del 28 novembre 2012 è stato costituito, presso la

Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, il gruppo di monitoraggio e controllo a supporto della riorganizzazione del Ssr, previsto dalla citata Dgr 754/2012, indicandone le funzioni e le modalità operative;

Valutato pertanto opportuno che il suddetto gruppo avvii un'attività di monitoraggio e valutazione degli interventi in essere e di quelli che saranno avviati in attuazione della presente delibera, integrando lo stesso con rappresentanti delle aziende ed enti del Ssr dotati delle necessarie competenze, al fine di produrre una relazione sull'attività svolta, entro 15 mesi dall'approvazione del presente atto;

Precisato che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:

- tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica);
- durata degenza;
- standard di personale;
- sistema di accreditamento;
- sistema informativo;
- tipologia di risposta assistenziale in uscita;

- risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al Ps, mortalità ecc.;

- consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche;

- consumo di servizi (a es. trasporti);

- consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa);

- ulteriori costi diretti e indiretti;

- ulteriori elementi necessari alla valutazione.

Vista la propria deliberazione n. 30 del 21 gennaio 2013, che dispone la continuità e l'ampliamento dei rapporti tra le aziende sanitarie e le case di cura private previsti dalla Dgr 648/2006, incaricando nel contenuto i competenti settori della Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale di integrare il Regolamento 61/R approvato con decreto del Presidente della Giunta regionale del 24 dicembre 2010;

Considerato che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto I del dispositivo della citata Dgr 30/2013, per quanto attiene alle cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;

Valutato inoltre necessario dotare il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

Rilevato che la sopra citata Dgr 47/2013, nell'allegato A, destina alle aziende Usl e Ospedaliere Universitarie la quota di euro 5.900.000,00, per le seguenti azioni:

- ridefinizione posti letto per acuti;

- adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie in base a standard regionali, a partire dalla riconversione di posti letto

per acuti dimessi;

- individuazione ospedali focalizzati;

Rilevato in particolare che, l'allegato B della citata Dgr 47/2013, ripartisce la somma complessiva di cui al punto precedente, come segue:

- € 4.350.000,00 quali quote (base e capitaria pesata) di contributo spettanti alle aziende Usl, di cui una quota minima del 50% deve essere destinata alla attivazione di posti letto di cure intermedie;

- € 850.000,00 destinati alle Aou per l'azione relativa all'individuazione degli ospedali focalizzati;

- € 700.000,00 quale quota aggiuntiva ulteriore destinata a supportare interventi delle aziende Usl, che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, quantificata in base alla valutazione dei progetti attuativi pervenuti;

Preso atto che, ai sensi della Dgr 1235/2012, sono pervenuti alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale da parte delle aziende Usl i progetti attuativi dell'azione relativa allo sviluppo delle cure intermedie (numero posti letto e sedi), così come riportati nell'allegato B al presente provvedimento;

Ritenuto di ammettere al finanziamento di cui alla Dgr 47/2013 i progetti pervenuti, impegnando le aziende Usl a comunicare l'avvio svolta, entro 15 mesi dall'approvazione del presente atto;

3. di precisare che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:

- tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica);
- durata degenza;
- standard di personale;
- sistema di accreditamento;
- sistema informativo;
- tipologia di risposta assistenziale in uscita;

- risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al Ps, mortalità ecc.;

- consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche;

- consumo di servizi (a es. trasporti);

- consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa);

- ulteriori costi diretti e indiretti;

- ulteriori elementi necessari alla valutazione;

4. di precisare che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto I del dispositivo della citata Dgr 30/2013, per quanto attiene alle cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;

5. di prevedere per il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

Rilevato che la sopra citata Dgr 47/2013, nell'allegato A, destina alle aziende Usl e Ospedaliere Universitarie la quota di euro 5.900.000,00, per le seguenti azioni:

- ridefinizione posti letto per acuti;

- adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie in base a standard regionali, a partire dalla riconversione di posti letto

per acuti dimessi;

- individuazione ospedali focalizzati;

Rilevato in particolare che, l'allegato B della citata Dgr 47/2013, ripartisce la somma complessiva di cui al punto precedente, come segue:

- € 4.350.000,00 quali quote (base e capitaria pesata) di contributo spettanti alle aziende Usl, di cui una quota minima del 50% deve essere destinata alla attivazione di posti letto di cure intermedie;

- € 850.000,00 destinati alle Aou per l'azione relativa all'individuazione degli ospedali focalizzati;

- € 700.000,00 quale quota aggiuntiva ulteriore destinata a supportare interventi delle aziende Usl, che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, quantificata in base alla valutazione dei progetti attuativi pervenuti;

Preso atto che, ai sensi della Dgr 1235/2012, sono pervenuti alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale da parte delle aziende Usl i progetti attuativi dell'azione relativa allo sviluppo delle cure intermedie (numero posti letto e sedi), così come riportati nell'allegato B al presente provvedimento;

Ritenuto di ammettere al finanziamento di cui alla Dgr 47/2013 i progetti pervenuti, impegnando le aziende Usl a comunicare l'avvio svolta, entro 15 mesi dall'approvazione del presente atto;

3. di precisare che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:

- tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica);
- durata degenza;
- standard di personale;
- sistema di accreditamento;
- sistema informativo;
- tipologia di risposta assistenziale in uscita;

- risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al Ps, mortalità ecc.;

- consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche;

- consumo di servizi (a es. trasporti);

- consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa);

- ulteriori costi diretti e indiretti;

- ulteriori elementi necessari alla valutazione;

4. di precisare che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto I del dispositivo della citata Dgr 30/2013, per quanto attiene alle cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;

5. di prevedere per il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

Rilevato che la sopra citata Dgr 47/2013, nell'allegato A, destina alle aziende Usl e Ospedaliere Universitarie la quota di euro 5.900.000,00, per le seguenti azioni:

- ridefinizione posti letto per acuti;

- adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie in base a standard regionali, a partire dalla riconversione di posti letto

per acuti dimessi;

- individuazione ospedali focalizzati;

Rilevato in particolare che, l'allegato B della citata Dgr 47/2013, ripartisce la somma complessiva di cui al punto precedente, come segue:

- € 4.350.000,00 quali quote (base e capitaria pesata) di contributo spettanti alle aziende Usl, di cui una quota minima del 50% deve essere destinata alla attivazione di posti letto di cure intermedie;

- € 850.000,00 destinati alle Aou per l'azione relativa all'individuazione degli ospedali focalizzati;

- € 700.000,00 quale quota aggiuntiva ulteriore destinata a supportare interventi delle aziende Usl, che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, quantificata in base alla valutazione dei progetti attuativi pervenuti;

Preso atto che, ai sensi della Dgr 1235/2012, sono pervenuti alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale da parte delle aziende Usl i progetti attuativi dell'azione relativa allo sviluppo delle cure intermedie (numero posti letto e sedi), così come riportati nell'allegato B al presente provvedimento;

Ritenuto di ammettere al finanziamento di cui alla Dgr 47/2013 i progetti pervenuti, impegnando le aziende Usl a comunicare l'avvio svolta, entro 15 mesi dall'approvazione del presente atto;

3. di precisare che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:

- tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica);
- durata degenza;
- standard di personale;
- sistema di accreditamento;
- sistema informativo;
- tipologia di risposta assistenziale in uscita;

- risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al Ps, mortalità ecc.;

- consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche;

- consumo di servizi (a es. trasporti);

- consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa);

- ulteriori costi diretti e indiretti;

- ulteriori elementi necessari alla valutazione;

4. di precisare che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto I del dispositivo della citata Dgr 30/2013, per quanto attiene alle cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;

5. di prevedere per il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

Rilevato che la sopra citata Dgr 47/2013, nell'allegato A, destina alle aziende Usl e Ospedaliere Universitarie la quota di euro 5.900.000,00, per le seguenti azioni:

- ridefinizione posti letto per acuti;

- adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie in base a standard regionali, a partire dalla riconversione di posti letto

per acuti dimessi;

- individuazione ospedali focalizzati;

Rilevato in particolare che, l'allegato B della citata Dgr 47/2013, ripartisce la somma complessiva di cui al punto precedente, come segue:

- € 4.350.000,00 quali quote (base e capitaria pesata) di contributo spettanti alle aziende Usl, di cui una quota minima del 50% deve essere destinata alla attivazione di posti letto di cure intermedie;

- € 850.000,00 destinati alle Aou per l'azione relativa all'individuazione degli ospedali focalizzati;

- € 700.000,00 quale quota aggiuntiva ulteriore destinata a supportare interventi delle aziende Usl, che prevedano la rimodulazione di piccoli ospedali, quantificata in base alla valutazione dei progetti attuativi pervenuti;

Preso atto che, ai sensi della Dgr 1235/2012, sono pervenuti alla Direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale da parte delle aziende Usl i progetti attuativi dell'azione relativa allo sviluppo delle cure intermedie (numero posti letto e sedi), così come riportati nell'allegato B al presente provvedimento;

Ritenuto di ammettere al finanziamento di cui alla Dgr 47/2013 i progetti pervenuti, impegnando le aziende Usl a comunicare l'avvio svolta, entro 15 mesi dall'approvazione del presente atto;

3. di precisare che il monitoraggio e la valutazione, di cui al precedente capoverso, dovranno anche riguardare i seguenti aspetti:

- tipologia di pazienti (complessità assistenziale, severità clinica);

- durata degenza;

- standard di personale;

- sistema di accreditamento;

- sistema informativo;

- tipologia di risposta assistenziale in uscita;

- risultati di esito in termini di riammissioni, accessi successivi al Ps, mortalità ecc.;

- consumo di prestazioni specialistiche, diagnostiche;

- consumo di servizi (a es. trasporti);

- consumo di farmaci, materiale sanitario (farmaceutica integrativa);

- ulteriori costi diretti e indiretti;

- ulteriori elementi necessari alla valutazione;

4. di precisare che per la definizione dei requisiti di accreditamento di cui al punto I del dispositivo della citata Dgr 30/2013, per quanto attiene alle cure intermedie, è opportuno attendere le risultanze dell'attività di monitoraggio e valutazione di cui ai precedenti capoversi;

5. di prevedere per il Sistema delle cure intermedie dei sistemi informatici di riferimento, atti a supportare i processi operativi e ad alimentare il sistema informativo di governo regionale;

Rilevato che la sopra citata Dgr 47/2013, nell'allegato A, destina alle aziende Usl e Ospedaliere Universitarie la quota di euro 5.900.000,00, per le seguenti azioni:

- ridefinizione posti letto per acuti;

- adeguamento del numero di posti letto di cure intermedie in base a standard regionali, a partire dalla riconversione di posti letto

(segue da pagina 4)

se di quelle offerte dalle cure primarie.

Questi comprendono:

- servizi che sostituiscono elementi di assistenza ospedaliera che possono essere erogati in setting meno complessi (assistenza sostitutiva);
- servizi per le persone i cui bisogni sanitari sono complessi e in fase di transizione (assistenza complessa).

Si tratta quindi di una vasta gamma di servizi forniti in un arco temporale a breve termine, a domicilio o in un ambiente residenziale, il cui obiettivo è quello di facilitare la dimissione precoce dall'ospedale, evitare i ricoveri non necessari e prevenire il ricorso all'istituzionalizzazione. La finalità primaria dell'Assistenza Intermedia è infatti quella di svolgere una funzione di transizione, creando un ponte tra differenti livelli di erogazione dell'assistenza.

Con il termine di Assistenza Intermedia si raffigura dunque un range di servizi integrati, rivolti per lo più alle persone anziane, per supportare la dimissione tempestiva, favorire il recupero dopo un evento acuto o riacutizzato, evitare ricoveri ospedalieri inappropriati e ridurre l'utilizzo evitabile della lungodegenza e dell'istituzionalizzazione.

L'Assistenza Intermedia è oggi il punto centrale delle azioni di modernizzazione all'interfaccia ospedale territorio. Se sviluppate e implementate correttamente le attività di Assistenza Intermedia possono aumentare l'appropriatezza dell'assistenza e hanno un impatto significativo sul sistema consentendo un uso più efficiente delle risorse. L'approccio globale prevede il contributo di tutti i partner del sistema locale per poter garantire l'appropriatezza, la continuità e l'omogeneità dell'assistenza. Per ottenere i migliori risultati è necessario che una gamma adeguata di servizi siano disponibili al momento opportuno e che i professionisti lavorino in modo integrato condividendo le strategie operative per il loro corretto utilizzo.

Le attività di Assistenza Intermedia possono essere sviluppate a domicilio, in un domicilio protetto, così come in strutture con posti letto dedicati al ricovero intermedio. Queste risposte vanno viste come parti del sistema complessivo di Assistenza Intermedia che si integra con gli altri livelli di assistenza.

Il concetto di Assistenza Intermedia in Italia è ancora relativamente poco esplorato e in continua evoluzione tanto che si sono sviluppati nel tempo nuovi orientamenti sulle modalità di sviluppo, per questo motivo, in particolare per quanto riguarda le Strutture Intermedie per la sub acuzie si ritiene necessaria una ulteriore ricerca e valutazione per meglio definire le tipologie di strutture che possano accogliere e assistere i pazienti che attraversano una fase post-acuta o sub acuta.

La nuova prospettiva posta dalla Dgr 754/2012 afferma un principio che cambia in modo significativo l'organizzazione e l'erogazione del

attività di ricovero e cura in modo da rispondere pienamente alla necessità di assicurare risposte adeguate per i pazienti nella modalità più appropriata.

I nuovi modelli organizzativi ospedalieri per aree di intensità di cura introdotti a partire dalla Lr 40/2005 e che trovano ora un livello consistente di implementazione sul territorio regionale ci impongono di riflettere su come si stanno utilizzando oggi gli ospedali per acuti, sempre più complessi e tecnologicamente evoluti e rivolti alla casistica con maggiore complessità clinica e terapeutica. Questa svolta di tipo organizzativo ci porta così a riflettere sulla gestione intraospedaliera di quella tipologia di pazienti, prevalentemente anziani, che pur avendo una prognosi favorevole, presentano ancora un rischio di instabilità clinica e che per vari motivi non possono essere dimessi al domicilio. Questo provoca un allungamento della degenza in un contesto di intensità di cura che non è più quello adeguato per i bisogni di questi pazienti. La risposta a questo fabbisogno è quella di ampliare le tipologie di risposta per la post e la sub acuzie realizzando strutture di tipo intermedio che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera. Un altro target è rappresentato da pazienti con compromissione dello stato di salute, spesso con concomitanti difficoltà sociali, tali da non richiedere il ricovero ospedaliero in modo da evitare ricoveri inappropriati.

La Dgr 1235/2012, riprendendo in termini programmatici e propositivi questo tema, di fatto orienta verso lo sviluppo di un'area sub acuta tra l'ospedale per acuti e il domicilio che assolvano contemporaneamente agli obiettivi di:

- ridurre il carico di pazienti in fase post acuta presenti negli ospedali per acuti garantendo una dimissione precoce e sicura individuando il livello di cure post acute più utile e appropriato (funzione sub acuta in dimissione);
- evitare i ricoveri di natura inappropriata ricorrendo a strutture di tipo sub acuto (funzione sub acuta in ingresso).

Tali attività, adeguatamente definite e organizzate, permetteranno sia di rispondere meglio ai bisogni di cura dei pazienti, sia di ridurre i costi ospedalieri, dovuti a ricoveri ripetuti, impropri e prolungati.

Queste attività dovranno essere erogate in strutture di ricovero e cura di complessità medio bassa in possesso degli adeguati requisiti di accreditamento.

Esiste attualmente un gap tra standard programmatori ed effettivo fabbisogno assistenziale nell'area della sub-acuzie che determina una carenza di offerta di strutture intermedie a intensità di cure adeguate alle reali necessità del paziente, dovuto a un ritardo di evoluzione del concetto di continuità e specializzazione delle cure che inoltre fa sì che funzioni di "sub-acuzie" vengano frequentemente allocate in

strutture con caratteristiche molto diverse e rivolte a pazienti di varia complessità.

Le suddette criticità comportano attualmente:

- 1. rinvio a strutture di post-acuzie con livello assistenziale non adeguato di malati non ancora completamente stabilizzati o affetti da comorbilità di rilievo;
- 2. invio alle strutture di post acuzie di pazienti che potrebbero essere inviati a strutture socioassistenziali.

Una riclassificazione delle attività correlate al fabbisogno dei pazienti come sopra indicato presuppone specifiche azioni di sistema che permettano di:

- ridurre i ricoveri impropri in degenza per acuti;
- contenere i tempi di degenza in ospedale mediante una precoce valutazione multidimensionale e ridurre le giornate di degenza inappropriata.

Premesso quanto sopra e analizzati i dati relativi all'attuale utilizzo dei posti letto ospedalieri, visto il documento redatto dal Consiglio sanitario regionale e approvato con parere n. 69/2013 e valutata la necessità di procedere alla individuazione delle specifiche tecniche delle Strutture Intermedie per la sub-acuzie attraverso una sperimentazione, si è stabilito di avviare nelle aziende sanitarie del territorio regionale progetti pilota per sperimentare due diverse tipologie di strutture che si pongono come una risposta appropriata a due diversi profili di utenza:

A) Moduli di degenza a bassa intensità di cure sub-acute, che offrono modalità di assistenza diversa da quella ospedaliera con prevalenza dell'assistenza infermieristica,

strutture sanitarie in possesso dei requisiti di cui alla Lr 51/2009 e del Regolamento 61/2010 con posti letto derivanti da riconversioni ospedaliere o aree ospedaliere non dedicate al trattamento dei pazienti acuti, sia strutture accreditate ai sensi della Lr 82/2009 e del Regolamento 29/2010, in particolare Rsa riorganizzate per le cure intermedie o moduli di cure intermedie di nuova attivazione, in cui sia garantita una assistenza infermieristica H24.

Anche l'area della sub-acuzie deve trovare adeguato riscontro in parametri di appropriatezza, evidenza clinica ed efficienza gestionale misurabili. Gli elementi che emergeranno dalla fase pilota serviranno a confermare i parametri tecnici da utilizzare per la successiva approvazione del necessario sistema di regole amministrative, comportamenti professionali, nonché di valorizzazione economica.

Al fine di assicurare la necessaria qualità e sicurezza dell'assistenza a queste tipologie di pazienti si ritiene indispensabile presidiare con la massima attenzione le trasformazioni descritte, garantendo l'attivazione di idonei percorsi organizzativi e una adeguata formazione

WELFARE La povertà alimentare focus del Rapporto sull'esclusione sociale



Quella crisi che toglie il pane

Nel report la mappa eterogenea dei nuovi bisogni e del volontariato

L'Osservatorio sociale regionale della Toscana ha individuato nella povertà alimentare il tema centrale dell'approfondimento destinato al secondo Rapporto sull'esclusione sociale in Regione. La scelta di affrontare un'indagine legata a una problematica così specifica deriva anche dal particolare clima sociale ed economico che caratterizza nella fase attuale la condizione delle famiglie, rispetto alle quali l'obiettivo di soddisfare il primario fabbisogno alimentare appare negli ultimi anni un tema di maggiore coerenza, allorché esso rappresenti solo una faccia del complesso prisma costituito dal processo di impoverimento delle famiglie.

L'indagine, curata dall'Osservatorio sociale regionale in collaborazione con la rete degli Osservatori sociali provinciali della Toscana, ha approfondito alcuni aspetti legati all'attività di enti e organizzazioni che sul territorio regionale si occupano di offrire assistenza nel campo della povertà alimentare: tipologie di intervento, governance, fonti di finanziamento, rapporti con gli enti locali, criticità nel rapporto con gli utenti e con i servizi sociali territoriali. La mappatura, effettuata attraverso un questionario somministrato via web, ha coinvolto 150 organizzazioni, che rappresentano soltanto una parte dell'assistenza prestata in Toscana nel campo alimentare; il Rapporto ha infatti voluto mirare il fuoco dell'indagine verso quegli enti maggiormente strutturati dal punto di vista organizzativo.

La fotografia scattata ha fatto emergere un quadro variegato degli enti attivi, dove le associazioni di volontariato rappresentano il 61,3%, seguite da enti religiosi (25,3%) e privato sociale (6,7%). A partire dagli anni Duemila si è assistito a un notevole incremento delle organizzazioni che erogano interventi nel campo della povertà alimentare - mensa sociale, distribuzione pasti, buoni pasto/buoni spesa, distribuzione pasti a domi-

ilio - attive maggiormente nei Comuni di medio-grandi dimensioni. Le organizzazioni concorrono in misura determinante allo stesso finanziamento degli interventi, attraverso risorse proprie e azioni specifiche di fund raising, seppure le risorse derivanti da convenzioni o da altri contributi pubblici rappresentino comunque una voce importante, soprattutto per quegli interventi rientranti all'interno di una collaborazione formale tra i servizi sociali e l'ente che eroga il servizio.

Il Rapporto mette in luce il progressivo aumento dell'utenza registrata negli ultimi anni, non solo tra quelle fasce caratterizzate da maggiore rischio di marginalità (senza fissa dimora, stranieri di recente ingresso, disoccupati), ma



La copertina del Rapporto

anche all'interno di categorie con una situazione economica tranquilla fino a poco tempo fa, per i quali alcuni possibili eventi traumatici - perdita del lavoro di uno dei partner, malattie, separazioni della coppia - hanno significativamente segnato in negativo lo stato di benessere della famiglia. Le maggiori criticità riguardano proprio la percezione dell'efficacia dei propri servizi di contrasto alla povertà alimentare, caratterizzati più come interventi-tampone che non come soluzioni in grado di prendersi carico dello status di impoverimento complessivamente inteso e volte alla fuoruscita dell'individuo dallo stato di indigenza. Parimenti negativa viene percepita la mancanza di capacità progettuale condivisa tra le orga-

nizzazioni e i servizi sociali territoriali, elemento che invece consentirebbe di mettere in campo percorsi individualizzati e quindi maggiormente tarati rispetto alle singole esigenze e caratteristiche dell'utenza.

Il rapporto rappresenta lo sfondo all'interno del quale si muove un'altra grossa criticità nell'epoca di welfare mix, in cui cioè le prestazioni sociali vengono erogate da soggetti di natura diversa (pubblico, terzo settore, privato sociale) e che avrebbero quindi bisogno di maggiore omogeneizzazione dei criteri di accesso e presa in carico. L'indagine sui servizi di contrasto alla povertà alimentare ha fatto emergere, così come in altri ambiti, la mancanza di tali forme di coordinamento così come pure di un sistema informativo in grado di incrociare più efficacemente domanda e offerta di assistenza. L'offerta di servizi di bassa soglia, ovvero ad accesso diretto e svincolati da procedure formali, rende di fatto possibili fenomeni di approvvigionamenti multipli da parte di quell'utenza più preparata a cogliere le opportunità presenti sul territorio; a fronte di flussi sempre minori di risorse disponibili - sia a causa dei processi di spending review che per la riduzione di eccedenze alimentari provenienti dall'industria agroalimentare e dalla grande distribuzione - l'omogeneizzazione dei criteri di accesso e la costruzione di un database informativo rappresentano quindi due temi cruciali rispetto ai quali il Rapporto auspica una riflessione in chiave migliorativa dell'efficacia ed equità degli interventi di contrasto alla povertà messi in campo.

a cura di
Gabriele Tomei
Ricercatore

Dipartimento Scienze politiche
Università di Pisa
Luca Caterino
Ricercatore presso reteSviluppo

Sul web la geografia dell'assistenza locale

Il Rapporto si articola in più livelli. Il primo, strettamente connesso al supporto conoscitivo, è finalizzato alla pubblicazione del lavoro contenente i risultati dell'analisi e monitoraggio. Gli altri, legati alla parte informativa e comunicativa, sono orientati agli aspetti della diffusione e condivisione delle conoscenze. Per quel che concerne l'informazione, dalla stretta collaborazione con il settore dei sistemi informativi, è stata realizzata ed è consultabile una mappatura georeferenziata delle organizzazioni all'indirizzo: <http://bit.ly/1akllNp>

La mappa, attraverso opzioni di selezione sul funzionamento, target prevalente e tipologia del servizio o struttura, consente di prendere visione di informazioni essenziali per il cittadino o l'operatore. Inoltre, al sito <http://servizi.regione.toscana.it/osservatoriosociale> è possibile effettuare il download gratuito della pubblicazione, così come per la mag-

gior parte del materiale prodotto dall'Osservatorio concernente le tematiche oggetto dei lavori di analisi e monitoraggio quali violenza di genere, fenomeno migratorio, condizione abitativa, supporto alla programmazione territoriale, oltre ovviamente all'esclusione sociale.

Infine, il livello relazionale e comunicativo del progetto è stato volto, in una prima fase, a un incontro con i rappresentanti della realtà coinvolta negli approfondimenti qualitativi al fine di condividere il lavoro svolto, successivamente all'organizzazione del convegno di presentazione del Rapporto durante il quale non sono solo stati illustrati i risultati dell'indagine, ma si è anche tentato per quanto possibile di allargare la riflessione. Da una parte, coinvolgendo un attore nazionale, quale l'Agenzia per le erogazioni in agricoltura (Agea), per l'illustrazione degli scenari attuali e futuri in Italia nel campo degli aiuti alimentari,

dall'altra chiedendo una partecipazione attiva alle scuole, per la precisione l'Istituto "F. Datini", indirizzo alberghiero di Prato, che ha presentato un lavoro sull'alimentazione sana ed ecosostenibile. È stato inoltre coinvolto anche l'Istituto Alberghiero "F. Martini" di Montecatini Terme, che ha presentato un progetto denominato "Last minute gourmet" (<http://lastminutegourmet.it>), attualmente concluso nella sua prima fase di processo partecipativo, finalizzato al recupero di alimenti invenduti ma ancora perfettamente commestibili, per scopi sia didattici che sociali.

L'obiettivo di fondo di progetti compositi come questo, come del resto di tutte le altre attività dell'Osservatorio sociale regionale, è la realizzazione di una rete conoscitiva a supporto del welfare regionale e locale.

Luca Puccetti
Regione Toscana

IL PROGRAMMA EUROPEO PEAD

Nel 2012 oltre 155mila toscani assistiti

La Toscana aveva mostrato nei primi anni della crisi economica in corso una migliore capacità di tenuta del proprio modello di sviluppo, ma questa si è indebolita soprattutto nel corso del biennio 2011-2012, provocando effetti recessivi sui redditi e sui consumi di individui e famiglie. Dal 2008 al 2011 il reddito reale delle famiglie toscane si è ridotto del 2,6%, varie le cause: perdita di lavoro, sia in termini di posti (-22mila) che di ore, e distribuzione del lavoro in forme meno redditizie (cassa integrazione guadagni, lavoro part-time, contratti atipici e forme di auto-impiego).

Nel quadriennio sono peggiorati tutti gli indicato-

ri occupazionali: disoccupati cresciuti del 29%, e occupati part-time del 6%, tasso di disoccupazione al 10%, in aumento anche il tasso di inattività tra le donne e tra i giovani, il tasso di disoccupazione giovanile (25%) e coloro che non cercano lavoro né studiano (Neet). Nel 2012 la caduta del Pil regionale si è attestata intorno ai due punti percentuali, con ulteriori effetti negativi sulla capacità del sistema di reggere le forti pressioni provenienti, da un lato, dal sistema produttivo di piccole e medie imprese, e dall'altro dalle famiglie, sempre più segnate da fenomeni di impoverimento strisciante e deprivazione materiale, che trova

sovente la propria manifestazione più acuta nel primario bisogno alimentare.

Nel 2012 sono stati oltre 155mila i cittadini toscani assistiti da enti e associazioni che operano sul territorio nel campo della povertà alimentare grazie agli aiuti provenienti dal Programma europeo di aiuto agli indigenti (Peaid); a tali numeri si affianca l'attività di altre organizzazioni per le quali non esistono statistiche ufficiali (parrocchie, associazioni, iniziative spontanee) e che fanno pensare a volumi ben più consistenti in una Regione, quale la Toscana, comunque caratterizzata da livelli più bassi di povertà rispetto ai dati medi nazionali.

IL PROGETTO DI SOSTEGNO ALLE FAMIGLIE

A Prato il «supermarket» della solidarietà

Coniugare l'assistenza alle famiglie nel campo della povertà alimentare perseguendo il fondamentale obiettivo di "attivazione" dell'utenza: è questo uno dei principali punti di forza dell'Emporio della solidarietà, progetto nato a Prato nel 2006 su iniziativa della locale sezione Soci della Coop con il coinvolgimento della Caritas Diocesana pratese, che ha poi portato a un ampio partenariato territoriale con la presenza di Comune, Provincia e Casca di Risparmio di Prato.

Nel 2012 l'Emporio ha assistito 1.550 famiglie e 334 neomamme, cui sono stati distribuiti 650mila articoli - provenienti da Gdo, agroindustria, raccolte sul territorio, Banco Alimentare, donazioni, Agea - per circa 1,5 milioni.

L'accesso ai servizi dell'Emporio avviene attraverso una prima attività di filtro svolta dai soggetti che collaborano alle attività, i quali raccolgono in maniera omogenea le informazioni sull'utenza, suddivisa tra famiglie e neomamme, in modo tale che il processo di valutazione delle domande segua criteri uniformi per tutti i componenti della rete. Se la valutazione dà esito positivo, alla persona viene consegnata una tessera che consente per tre mesi di poter acquistare gratuitamente i prodotti dell'Emporio per un importo pari al numero dei punti caricati sulla tessera. C'è poi la possibilità di rinnovare la tessera previa nuova verifica delle condizioni economiche della famiglia.

L'Emporio è organizzato fi-

sicamente come un vero e proprio supermarket, dove però il valore dei prodotti sullo scaffale è espresso in punti, e non in euro. L'attribuzione del valore ai prodotti non sempre segue una corrispondenza lineare con i valori di mercato, considerando anche aspetti come la loro disponibilità in magazzino, la data di scadenza e altri elementi volti a sottolineare aspetti più di tipo educativo. Gli acquisti dei prodotti disponibili vengono in tal modo orientati attraverso le tecniche di esposizione, il prezzo e le indicazioni dei volontari rispetto al loro migliore utilizzo. L'Emporio accompagna queste attività anche con interventi educativi. L'esperienza pratese è capostipite in Italia di una rete che oggi comprende 8 Emporio.

PRATO

Il bilancio del Centro antifumo capofila dei progetti regionali in materia

Tabagismo, 204 test nel 2012



Raddoppio degli ingressi sull'anno precedente grazie a percorsi mirati

Nel 2012 all'Asl di Prato i fumatori che hanno richiesto un trattamento presso il Centro Antifumo sono stati 204, prevalentemente di sesso femminile (112 donne e 92 uomini). Questo il dato emerso durante la Giornata mondiale senza tabacco, promossa il 31 maggio dall'Oms e dedicata quest'anno al tema "Divieto di pubblicità, promozione e sponsorizzazione".

Secondo i dati emersi, al Centro Antifumo dell'Asl 4 di Prato nel

2012 l'età media di chi ha richiesto un trattamento si attesta attorno ai 50 anni e fra le donne è leggermente inferiore che fra gli uomini (48,9 vs 52,5). Il numero dei nuovi ingressi è quasi raddoppiato rispetto a quello dell'anno precedente (109) e il 22,1% degli invii proviene dall'Unità operativa Pneumologia e il 29% dai presidi territoriali (soprattutto donne in gravidanza) grazie all'attivazione di percorsi assistenziali mirati. Infatti nel quadro del programma "Percorso

assistenziale alla donna in gravidanza", sono state segnalate 86 gestanti. Di queste 15 hanno smesso di fumare, 63 hanno ridotto e 8 hanno continuato la loro abitudine.

Dopo lo svolgimento di un colloquio preliminare e la distribuzione di materiale informativo presso i distretti, il Centro Antifumo è riuscito a contattarne telefonicamente 70 e di queste 33 si sono presentate per la visita. Per 14 partner fumatori (su 23 potenziali) è stata fatta richiesta per il

Centro Antifumo e la visita è stata effettuata su 6.

Il Centro Antifumo inoltre partecipa ai progetti di prevenzione nelle scuole primarie di secondo ordine in collaborazione con l'Educazione alla Salute, come il progetto "Guadagnare Salute - Percorsi di Benessere, Prevenzione del Tabagismo nei giovani e promozione di sani stili di vita" - di cui l'Azienda Usl 4 Prato è capofila per tutta la Regione - e il progetto "Unplugged", programma

per la prevenzione dell'uso di tabacco, alcol e droghe rivolto a insegnanti e studenti delle scuole secondarie di 1° e 2° grado. Quest'ultimo intervento educativo è stato sperimentato e valutato nell'ambito dello studio multicentrico Eu-Dap, che ha coinvolto sette Paesi europei e rappresenta il primo programma europeo di provata efficacia.

Vania Vannuchi
Ufficio stampa Asl 4 Prato

SIENA

Siglato il primo accordo locale di riforma delle cure primarie

A fine maggio è stato siglato tra l'Azienda sanitaria locale senese e i sindacati medici Fimmg, Snam e Smi il pre-accordo aziendale attuativo dell'Accordo Regionale, nonché l'accordo-contratto tra l'Asl e la Coop Medici 2000 (società cooperativa a cui aderisce circa l'80% dei medici di medicina generale) che fornirà tutto il supporto logistico necessario. L'accordo, con validità triennale, è il primo in ambito toscano

Parte l'integrazione tra studi privati e presidi distrettuali

dopo l'approvazione dell'Accordo regionale sulla Medicina generale di inizio febbraio di questo anno e prospetta l'avvio della riorganizzazione, ri-

qualificazione ed espansione territoriale delle cure primarie che vede i medici di medicina generale come principali protagonisti e la possibilità di offerta di servizi sanitari più facilmente accessibili ai cittadini. Molti sono i filoni innovativi e qualificanti dell'accordo, peraltro, tutti orientati a una nuova offerta assistenziale ai cittadini: l'integrazione tra la salute territoriale e la medicina generale, con la possibilità di integrazione tra le sedi degli studi dei Medici di fami-

glia e dei presidi distrettuali della Asl 7, sviluppando un modello organizzativo condiviso; la presa in carico del paziente cronico con la garanzia agli assistiti di prestazioni di primo livello da parte del medico (spirometrie, elettrocardiogrammi, Tao ecc.) e la realizzazione delle strutture di riferimento delle Aft (Aggregazioni funzionali territoriali) ed Uccp (Unità di cure primarie) per garantire la medicina di iniziativa e la diagnostica, e soprattutto una presa in carico del paziente attraverso una vera e propria rete di professionisti. Quindi anche sedi adeguate per questi

nuovi compiti, recuperando edifici esistenti, realizzando Centri Medici (già avviati a Montepulciano e a Siena in Fontebecci) e Case della salute (sei progetti Asl).

Rilevante la responsabilizzazione e la partecipazione della Medicina generale al governo clinico e ai tavoli programmatici, per rendere sempre più efficace e appropriato l'uso delle risorse disponibili.

Roberta Valerio
Ufficio stampa Asl 7 Siena

PISTOIA

Donazione degli organi: percorso culturale tra biblioteca e Ateneo

Per oltre un mese la Biblioteca San Giorgio e il Polo Universitario di Pistoia, ospiterà un aspetto particolare della cultura, quello della donazione degli organi e dei tessuti: le iniziative spazieranno tra arte, musica e dialoghi. Il filo conduttore di due appuntamenti, il primo tenutosi il 21 giugno e il prossimo che si terrà il 15 luglio, è la mostra del pittore e scultore Leonardo Santoli, che esporrà le proprie opere nei saloni della Biblioteca San Giorgio dal 21 giugno al 31 luglio prossimi.

In pista un mix di iniziative tra arte, musica e recitazione

L'iniziativa, a cura di Gian Domenico Semeraro, Docente di Storia dell'Arte all'Accademia di Firenze è coordinata da Eufrazio Girardi, responsabile donazione e trapianti Azienda sanitaria locale di Pistoia e Marcello Fedi, Formatore e docente Cdl Infermieristica Unifi.

Tutti gli appuntamenti, aperti alla cittadinanza, saranno organizzati grazie a importanti collaborazioni istituzionali e del no-profit: Asl 3 di Pistoia, Comune di Pistoia, Biblioteca San Giorgio, Uniser, Università degli Studi di Firenze, Aido regionale e Fondazione Giorgio Tesi Onlus.

La scelta di Santoli, docente di Tecniche pittoriche presso l'Accademia di Belle Arti di Urbino, è tutt'altro che casuale. L'anno scorso, infatti, ha illustrato la copertina del dvd "Tutta colpa dell'amore per la donazione degli organi" a cura di Roberto e Marinella Ferri, che hanno coinvolto numerosi artisti fra i quali Erri De Luca, Dacia Maraini, Lucio Dalla, Franco Battiato, Piera Degli Esposti, Debora Caprioglio, Barbara Enrichi, Claudio Borgianni, Pia Tuccitto, Gabriele Zagni e tanti altri.

Un titolo che verrà riproposto nel prossimo grande appuntamento della kerdimesse pistoiese del 15 luglio quando, all'Auditorium della Biblioteca San Giorgio, si terrà il Convegno dal titolo: "Tutta colpa dell'amore", che sarà introdotto dai cantautori Roberto e dalla moglie Marinella Ferri.

Moderatore del convegno sarà Ezio Alessio Gensini, giornalista. Le performance di Roberto Ferri e Barbara Enrichi saranno accompagnate al pianoforte dal maestro Goffredo Orlandi.

Daniela Ponticelli
Ufficio stampa Asl 3 Pistoia

LIVORNO

Diabete: campo scuola per giovani alla «Baia del marinaio» di Vada

Trentatré ragazzi provenienti da tutta la Toscana hanno partecipato dal 9 al 15 giugno al campo-scuola riservato a bambini diabetici e organizzato dalla Diabetologia pediatrica dell'Azienda sanitaria locale 6 di Livorno coordinata dalla responsabile Sonia Lucchesi.

Il campo, che si è svolto per sei giorni al camping "La Baia del Marinaio" di Vada, fa parte di un progetto di edu-

cazione terapeutica voluto e finanziato dalla Regione Toscana che coinvolge i centri diabetologici del Meyer, di Grosseto e di Livorno. «L'Azienda sanitaria locale livornese - dice Graziano Di Cianni, Direttore della Diabetologia di Livorno - ha messo a disposizione operatori preparati in questo settore che da anni si occupano di educazione terapeutica ai pazienti e alle loro famiglie. Il team di assistenza ed educativa comprende, oltre ai medici, anche infermieri, dietisti e laureati in Scienze dell'educazione. Come già lo scorso anno, durante i mesi invernali i tutor, diabetici adolescenti, hanno preparato il percorso edu-

cazionale che sarà proposto nel corso del campeggio».

«Quest'anno il tema - continua Di Cianni - già presentato alle associazioni interessate, è stato "Alimentazione a colori" ed è stato svolto con le moderne tecniche di metaplan, role playing, teatro, fiaba e gioco adatte a tutte le età, considerando soprattutto che dei trentatré ragazzi presenti, cinque sono molto piccoli, dai 2 a 5 anni e sono stati quindi accompagnati dalla madre, mentre gli altri, dai 6 anni fino all'adolescenza, hanno vissuto da soli questa bella esperienza».

Ogni giorno sono stati presenti molti educatori e sanitari provenienti da Livorno e Cecina che hanno affiancato il team stanziato costituito da Sonia Lucchesi, Tiziana Chiti, Pina Pisano, Rosato M. Grazia, Diletta Fornaro, Maria Chiara Zani e i sette tutor: Chiara Arrighi, Marco Bonaccorso, Awatef FerJane, Emma Guarguaglini, Eva Lupo e Martina Righini.

Pierpaolo Poggianti
Ufficio stampa Asl 6 Livorno

IN BREVE

▼ PISA

La chirurgia generale dell'Ospedale Lotti di Pontedera ha ottenuto un importante riconoscimento scientifico internazionale, nel campo della chirurgia laparoscopica. Un contributo scientifico elaborato da Giuseppe Celona, in collaborazione con altri chirurghi dell'unità operativa, è stato ammesso in una sessione speciale d'onore nell'ambito del prossimo Congresso Internazionale della Società Europea di Chirurgia Endoscopica (European association for endoscopic surgery, Eaes), che si è tenuto a Vienna dal 19 al 22 giugno 2013.

La comunicazione scientifica è stata redatta dai chirurghi del Lotti sulla base della loro esperienza in chirurgia laparoscopica della calcolosi biliare con la nuovissima metodica del singolo accesso ombelicale, particolarmente poco invasiva e praticamente senza residuo di cicatrici chirurgiche evidenti.

▼ PISTOIA

In questi giorni nel Nuovo Ospedale di Pistoia è stata installata parte delle apparecchiature diagnostiche in radiologia e in particolare la Tc che sarà dedicata all'attività del pronto soccorso. La Tc in Pronto soccorso rappresenta una delle novità più sostanziali, nell'ambito della diagnostica, nell'emergenza e urgenza.

La nuova Tc è stata installata accanto alla sala dei codici rossi e il dottor Andrea Cai, responsabile del pronto soccorso, ha spiegato che la sua presenza e il suo immediato utilizzo permetteranno una rapida valutazione dei pazienti politraumatizzati evitando loro spostamenti, come invece accade oggi nel vecchio Ospedale del Ceppo. Gioiello nel campo della diagnostica, la nuova Tc consente l'esecuzione di tutti gli esami garantendo anche il contenimento della dose di radiazioni somministrate.

▼ AREZZO

La Regione Toscana ha recentemente adottato le nuove "linee guida sulle emorragie digestive" alla cui stesura ha direttamente e fattivamente portato il suo contributo il gruppo di lavoro aretino guidato da Fabrizio Magnolfi, direttore dell'Unità operativa complessa di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva dell'Ospedale S. Donato di Arezzo.

E proprio Magnolfi ha presieduto, venerdì 14 giugno, la giornata di studio e confronto con l'illustrazione di queste linee guida, la presentazione della casistica e delle soluzioni individuate alle quali adesso dovrà essere data piena attuazione a livello regionale. Le emorragie digestive interessano nella nostra provincia aretina fra 500 e 600 persone ogni anno. Una patologia importante, della quale oggi si conoscono le origini, le cure preventive e le cure in fase acuta e critica.

▼ SIENA

Per far fronte ai bisogni sanitari straordinari determinati dalla presenza di turisti nella località termale di Chianciano, la Asl 7 di Siena ha organizzato anche per la stagione estiva 2013 il servizio di Assistenza sanitaria ai turisti, che sarà attivo dal 15 luglio al 30 settembre. Il servizio sarà aperto nel periodo di maggior afflusso di villeggianti nella località termale, nell'arco di tutta la settimana, e prevede la presenza del medico dalle 8 alle 20 presso la Direzione delle Terme di Chianciano, in via delle Rose, dove si svolgerà sia l'attività ambulatoriale che domiciliare, su attivazione della Centrale operativa 118. Nelle ore notturne e la domenica pomeriggio, il servizio sarà disponibile presso l'ex Ospedale in via Vesuvio, da dove il medico potrà partire per effettuare visite domiciliari, sempre e comunque su chiamata da parte degli utenti al 118.



Regione Toscana

I risultati delle analisi del sangue senza uscire di casa. Ora si può.

Con la Carta Sanitaria
Elettronica guardi
le tue analisi sul pc.
Convieni a tutti.

Quasi a tutti.

Attivala alla tua ASL o in farmacia



numero verde
800 004 477

Carta Sanitaria Elettronica. Servizi pubblici on line in sicurezza.

Usa la Carta Sanitaria Elettronica, scopri come sul sito della Regione www.regione.toscana.it/cartasanitaria